

Burn out des médecins et autres praticiens hospitaliers

Gérard Shadili¹
Danièle Goumard²
Jean-Pierre Provoost³
Gilles Le Pallec⁴

¹ Centre Émergence Espace Tolbiac, 75013 Paris, France
Institut mutualiste Montsouris, Département universitaire de psychiatrie de l'adolescent, 42 boulevard Jourdan, 75014 Paris,

² Anesthésiste réanimateur, membre du bureau de l'APPA depuis 2003, La Rochelle, France

³ Psychiatre des hôpitaux honoraire, vice-président de l'APPA, ancien chef de service au CH D'Orsay, 91401 Orsay, Essonne, France

⁴ Pharmacie hospitalière, APHP Hôpital G. Clemenceau, 91750 Champcueil, France

Résumé. Le « burn-out », ou syndrome d'épuisement au travail, est très controversé. Il concerne dans une large mesure les professionnels de santé et notamment les médecins. Il est mésestimé, source de dépression, de suicide, de conduites addictives et d'insatisfaction professionnelle.

Le taux de burn-out des médecins français serait compris entre 38 % et 52 % et près d'un quart des médecins (23 %) ne chercheraient pas d'aide s'ils se trouvaient en situation de souffrance psychologique et plus de la moitié (54 %) ne sauraient pas vers qui se tourner.

De fait, la France a donc un certain retard dans la prise en charge de ce fléau même si certains proposent qu'il soit reconnu comme maladie professionnelle.

Cet article a pour objet d'en définir la clinique et de faire une liste non exhaustive des moyens de préventions et d'accompagnement.

Mots clés : épuisement professionnel, médecin, praticien hospitalier, risque suicidaire, addiction, prévention, épidémiologie

Abstract. The "burn-out" or chronic fatigue syndrome of physicians and other hospital practitioners. "Burnout", or chronic fatigue syndrome in the workplace, is very controversial. To a large extent it affects health professionals and in particularly physicians. It is underestimated, as a source of depression, suicide, addictive behavior and professional dissatisfaction. The burn-out rate of French physicians is estimated to be between 38% and 52% and almost a quarter of doctors (23%) would not seek help if they were undergoing psychological distress, and more than half (54%) would not know whom they should turn to. In fact, France has a certain delay in the care management of this scourge even if some professional caregivers propose that it be recognized as an occupational disease. This article aims to define the clinical situation and create a non-exhaustive list of means of prevention and monitoring.

Key words: burnout, physicians, hospital practitioner, suicidal risk, addiction, prevention, epidemiology

Resumen. burn out de los médicos y otros médicos hospitalarios. El "burn-out", o síndrome de agotamiento laboral está muy controvertido. Afecta en amplia medida a los profesionales de la salud y especialmente a los médicos. Está subvalorado, fuente de depresión, suicidio, conductas adictivas e insatisfacción profesional. La tasa de burn-out de los médicos franceses estaría entre el 38 y el 52 % y casi la cuarta parte de los médicos (23%) no buscarían ayuda si se encontrasen en situación de sufrimiento psicológico, y más de la mitad (54%) no sabría hacia quién orientarse.

De hecho, Francia padece por lo tanto cierto retraso en la atención a esta plaga, si bien algunos proponen que se la reconozca como enfermedad profesional.

Este artículo pretende definir su clínica y reseñar de modo no exhaustivo los medios de prevención y de acompañamiento.

Palabras claves: agotamiento profesional, médico, médico hospitalario, riesgo de suicidio, adicción, prevención, epidemiología

Introduction

Cet article est l'actualisation de la lettre 83 de l'APPA (Association pour les praticiens hospitaliers et assimilés) sur le sujet qui témoigne, entre autres, de l'engagement de cette association pour améliorer notamment la santé de ses adhérents.

Le burn-out est un état d'épuisement psychologique (émotionnel), cognitif (avec une perte de motivations et

des difficultés de concentration) et physique, qui se présente sous forme de symptômes traduisant une réaction de détresse à une situation de stress en milieu professionnel. Ceci explique la fréquence de manifestations affectant le système cardiovasculaire (risque coronarien), la fonction sommeil, l'appareil musculo-squelettique (douleurs chroniques), la sphère affective (humeur dépressive, mauvaise estime de soi, anhédonie), les relations interpersonnelles (détachement, indifférence, irritabilité) [1].

Le burn-out, ou syndrome d'épuisement au travail, concernerait, selon les estimations, de 30 000 personnes pour l'Institut de veille sanitaire (InVs) à 3 millions (soit 12 %

Correspondance : G. Shadili
<Gerard.shadili@imm.fr>

de la population active) selon un cabinet spécialisé (Jean-Claude Delgenes, directeur du cabinet Technologia) [2] dans la prévention des risques. Mais sa définition est controversée comme en témoigne le rapport de l'Académie nationale de médecine et sa reconnaissance comme maladie professionnelle est encore à l'étude [1, 3]. Un candidat à l'élection présidentielle a même déposé un projet de loi et la ministre de la Santé et de la Solidarité a réuni un groupe d'experts pour clarifier cette situation [3]. Le burn-out pourrait être à l'origine ainsi de 20 % à 30 % des accidents du travail.

Ainsi, même si beaucoup communiquent sur ce sujet longtemps ignoré chez les médecins ou considéré comme une conséquence normale du métier, peu ou pas de mesures n'avaient jusqu'ici été mises en place [4]. La France a donc un certain retard dans la prise en charge de ce fléau, ce que souligne l'Agence européenne de sécurité et de santé au travail dans son rapport de 2015 (cité dans [1]).

Ainsi, par un manque criant de volonté politique et/ou managériale, de prévention et d'action réellement concrètes, les résultats tardent à venir. S'il n'y a plus de déni, y a-t-il pour autant un vrai travail de fond ? L'Observatoire national du suicide n'a été créé qu'en 2013 et il est présidé par la ministre de la Santé. Est-il vraiment indépendant ?

Il aura fallu que le Pr Jean-Louis Megnier se suicide le 17 décembre 2015 dans son bureau de l'Hôpital européen Georges-Pompidou (HEGP) pour qu'émerge enfin une prise de conscience violente des risques psychosociaux endurés par le personnel médical et hospitalier [5].

Épidémiologie

Le secteur du soin représente 10 % de la population active en Europe et l'hôpital en est le premier employeur. Selon une étude européenne diligentée entre 1999 et 2007, 40,6 % des travailleurs du secteur social et de santé ont été exposés à un risque récurrent de dépression ou syndrome dépressif réactionnel [6, 7]. Le secteur de la santé a le plus fort taux d'exposition au risque de violence et harcèlement moral en Europe. 28 % des hommes et 22 % des femmes du secteur déclarent avoir subi des comportements de type harcèlement moral, sexuel, injures et insultes, menaces et comportements humiliants, intimidations [6]. Une thèse datant de 2015 consacrée aux médecins hospitaliers établit que le taux de burn out des médecins français serait compris entre 38 % et 52 % [2].

Selon la deuxième étude sur la vulnérabilité des soignants présentée par l'association SPS (Soins aux professionnels de santé), près d'un quart des médecins (23 %) ne chercheraient pas d'aide s'ils se trouvaient en situation de souffrance psychologique et plus de la moitié (54 %) ne sauraient pas vers qui se tourner.

Selon une autre étude datant de 2008, le taux de suicide chez des médecins en Allemagne, Australie, et Finlande est le double de celui de la population générale [8]. Le Conseil national de l'ordre des médecins avait soulevé en

mai 2016 le malaise des jeunes trouvant, chez 8000 carabins et internes, 14 % des sondés (1079 personnes) qui avaient déjà pensé à mettre fin à leurs jours. Une étude italienne retrouvait un niveau élevé de burn out chez les jeunes médecins [9]. Selon une méta-analyse internationale publiée en 2015 dans le *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, 28,8 % des médecins juniors ou internes présentent des troubles ou des symptômes dépressifs [10] et une étude internationale publiée fin 2016, toujours dans le *JAMA*, avait estimé à 11,1 % le risque suicidaire chez les étudiants en médecine et à 27,2 % le risque de dépression [11]. Les hommes et les femmes médecins se suicident respectivement 1,41 et 2,27 fois plus que la population générale [12, 13], et selon l'enquête Sesmat (santé et satisfaction des médecins au travail) [14], on note un niveau d'épuisement professionnel élevé chez 42,4 % des médecins hospitaliers y compris les psychiatres. Près de 7 psychiatres sur 10 (68,5 %) estiment être ou avoir été concernés personnellement par l'épuisement professionnel [12].

De plus, le burn-out est un facteur de risque d'erreurs professionnelles. L'épuisement professionnel altère, selon 85 % des professionnels de santé, la relation médecin/patient et la qualité des soins [15, 16] et le burn out influence de façon négative la satisfaction des patients pour les soins qui leur sont prodigués [17]. Blond montre que 66 % des répondants à son enquête ont « souvent » ou « très souvent » le sentiment de ne pas pouvoir tout faire convenablement du fait d'une charge excessive de travail et l'associent à l'épuisement professionnel [12]. Plus d'un quart des étudiants en médecine sont déprimés ou en burn out et Medhaffar *et al.*, dans une étude tunisienne, retrouvent un haut niveau d'épuisement 37,5 % des internes et modéré chez 40 %. De plus la « déshumanisation des rapports aux patients » était élevée chez 25 % [18]. Plus d'un médecin sur deux (50,3 %) confie avoir été en situation de burn out, dont 46,3 % dans le secteur hospitalier public (enquête du Centre national des professions de santé CNPS) [19]. Il concernerait 60 % des internes français et 47 % des médecins libéraux [16].

Le burn out augmente le taux d'arrêt de travail et le risque de dépression ; il serait étroitement associé au risque suicidaire [20, 21]. Il y a peu de statistiques des suicides en milieu professionnel, la principale étant l'enquête Samotrace de l'Institut de veille sanitaire (InVs) [22] où le risque suicidaire au travail concernerait près de 10 % des femmes et 7 % des hommes. Ce nombre plus élevé chez les femmes médecins est préoccupant, du fait de la féminisation dans la profession (62 %), leur souci de perfection pouvant constituer un facteur de risque [23-26].

Une étude internationale [23] a constaté que le taux de suicide chez les médecins était supérieur à celui observé dans la population générale sans préciser le lien avec le syndrome d'épuisement professionnel.

Les spécialités où le nombre de suicides enregistrés est plus élevé par ordre décroissant de risque relatif sont les anesthésistes, les radiothérapeutes, les psychiatres [16, 23].

Burn out et addiction

Par des conséquences financières très importantes, c'est un sujet pour le moins épidermique pour les hôpitaux et les décideurs. Le 14 mai 2016 à Paris, lors du colloque professionnel « Santé et entreprises » organisé par Ethic, Sophie de Menthon a exposé l'enjeu de taille en termes de répercussions comportementales importantes de l'addiction au travail (trouble du jugement, perte d'attention, agressivité...), et, en particulier, suite au burn out, sujet principal du colloque.

Des études font un lien essentiel entre la prise de drogues, somnifères ou anxiolytiques et ce type d'agression au travail [23, 24] et les psychiatres sont de plus grands consommateurs que la population générale avec une consommation au moins une fois durant le mois de benzodiazépines (24,8 %) et de somnifères (22,7 %) [12].

On retrouve tous les types d'addictions, des addictions aux drogues licites ou illicites aux comportementales. On sait que beaucoup de médecins jouent aux jeux vidéo et même dans certains cas particuliers, comme les chirurgiens, cela serait recommandé. En effet une étude récente démontre que les chirurgiens qui ont déclaré avoir joué au moins trois heures par semaine dans leur jeunesse aux jeux vidéo ont été, lors de la pratique d'une laparoscopie, 27 % plus rapides que les non-joueurs et ont commis 37 % moins d'erreurs. Tandis que ceux qui ont déclaré continuer d'y jouer encore maintenant ont été 24 % plus rapides et ont commis 32 % moins d'erreurs. Les trois plus gros joueurs ont même obtenu des résultats les montrant 39 % plus rapides et 53 % meilleurs que la moyenne des non-joueurs [27]. Cependant si l'on se penche sur le risque d'addiction numérique, les repères-temps doivent être des signes d'avertissement des risques. Dès lors que notre temps d'usage numérique devient supérieur à notre temps libre, les problèmes surviennent puis s'aggravent. La principale question est celle du sommeil, un des grands problèmes actuels de santé publique et, dès le plus jeune âge, puisqu'il a été calculé que les adolescents d'aujourd'hui dorment 2 heures de moins que ceux des années 70. Le manque de sommeil, quadruple les accidents vasculaires cérébraux, fatigue, crée de la dépression, génère du stress, constituant ainsi un facteur multiplicateur des facteurs de risque du travail dans notre société.

Selon une étude bordelaise en entreprise, 3 % des interrogés déclarent toucher aux drogues pour tenir le coup au travail (cocaïne, cannabis), 10 % consomment des médicaments euphorisants tels que antidépresseurs amphétamines, 12 % consomment des somnifères, 70 % consomment de l'alcool sur leurs lieux de travail [17].

Parmi les personnes atteintes d'épuisement professionnel, quelle que soit la profession, il a été estimé que 10 % environ consommaient à trop forte dose de l'alcool, des médicaments ou des produits illicites, comme la cocaïne et le cannabis [17]. Ces chiffres ne tiennent pas compte des « addicts » au travail, les « présentéistes » (présence excessive au travail) et autres « boulomanes », chez qui on

trouve beaucoup de soignants et pour qui il paraît difficile de conseiller le sevrage ou l'abstinence totale [28]. L'utilisation des produits aurait une fonction différente selon ce qui est consommé : l'alcool et le cannabis pour le bien-être, le repos, l'euphorie et oublier au moins momentanément les soucis ; la cocaïne et certains opiacés pour retrouver de la force et de l'envie [29].

Toutefois l'effet sera de courte durée, les drogues ayant un effet rebond sur le stress, la fatigue, l'insomnie, associés avec des troubles caractériels et du comportement. Elles réduisent d'autant la capacité d'être opérationnel au travail et pérennisent la consommation et les conséquences négatives secondaires, notamment l'accélération, l'amplification et l'aggravation de l'épuisement professionnel du sujet [28-30].

The *British Medical Journal*, dans une étude portant sur 400 000 personnes dans quatorze pays différents, montre qu'au-delà de 48 heures de travail hebdomadaire le risque d'avoir une consommation d'alcool à risque est augmenté de 12 % [31], par comparaison à des employés travaillant 35 à 40 heures par semaine. Cependant, avoir un travail est associé à une fréquence moindre de consommation d'alcool. Bien que cela ne concerne pas spécifiquement les professions de santé, on ne voit pas pourquoi la différence serait significative, étant donné que nombre de soignants dépassent allègrement ce taux horaire hebdomadaire, et, qu'en France, les consommateurs d'alcool à risque représentent 16 % de la population active et 8 % des salariés sont alcoolo-dépendants, des chiffres sensiblement proches des ceux donnés par cette étude.

Les médecins, il suffit de se retrouver dans une réunion de synthèse pour le remarquer, sont hyper connectés. Selon les pays, de 10 à 30 % des hyper connectés contrôlent leur smartphone pendant qu'ils font l'amour et le « fomo » (*fear of missing out* ou dépendants à la peur de rater une information), toucherait de plus en plus d'« addicts au smartphone ».

Les perfectionnistes et ceux qui placent très haut la barre de leur efficacité professionnelle seraient plus à risque de décompensation et de burn out.

L'ensemble de ces utilisations peuvent se compliquer et donc déboucher sur de véritables maladies qui doivent être prises en charge. Parmi elles, les conduites addictives associées (consommation excessive d'alcool, de tabac ou de substances psychoactives comme la cocaïne ou l'héroïne).

Burn out et système hospitalier public

Les différents suicides rapportés dans les médias ont mis en évidence un malaise profond au sein du service public hospitalier : celui d'un professeur parisien de renom, ceux chaque année d'au moins cinq internes en Île-de-France (selon l'ARS et l'APHP), celui de 5 infirmières en 2015 [32], d'une infirmière à Cochin le mardi 7 mars sur son lieu de travail, qui évoque selon la direction de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) elle-même, un « événement tragique » dans un service connaissant « des difficultés persistantes » d'ordre fonctionnel et relationnel [33].

Des auteurs ont insisté sur le fait que, rechercher dans la vie privée de chacun une raison à son geste, est un abus à dénoncer [6]. La loi HPST de 2009, la rentabilité à l'acte, les restrictions budgétaires, les fermetures de services, le sentiment d'une attaque systématique de l'éthique professionnelle des acteurs de santé par une administration qui apparaît toute puissante et qui semble traiter toute revendication par le silence, le mépris, la suspension arbitraire des fonctions ou l'humiliation, conduisent au sentiment profond d'une perte de sens et d'impossibilité de continuer à se dévouer aux patients et à assurer une qualité de soin [6]. La gouvernance des hôpitaux paraît avoir donc profondément dégradé l'ensemble des relations humaines au sein des établissements. Le conflit entre une éthique professionnelle, jugée archaïque, et le management par objectifs, conduit à la souffrance de tous, à tous les échelons, y compris vis-à-vis des patients. Il introduit ainsi un changement de vocable où plus personne ne se retrouve. On y trouve même une toute autre signification traduisant un glissement vers une logique managériale toute puissante, moins d'engagement solidaire ou de sentiment d'appartenance à une équipe.

Clinique

Le burn out se caractérise, selon l'Organisation mondiale de la santé, par « un sentiment de fatigue intense, de perte de contrôle et d'incapacité à aboutir à des résultats concrets au travail ». On y retrouve donc des symptômes relevant de la dépression, d'un trouble de l'adaptation, dont les conduites addictives peuvent être un symptôme à part entière. De ce fait, il n'entre pas encore dans les diverses nosographies et est très discuté.

La définition de burn out, donnée par Maslach et Jackson [34], est un épuisement émotionnel, une dépersonnalisation, un cynisme, un accomplissement personnel réduit.

Le problème est complexe, varie selon la catégorie professionnelle touchée et ajoute à la confusion générale. De plus, si on la considère comme une « pathologie de surcharge » à la fois psychologique (troubles de la concentration, anxiété, névrose traumatique) et physique (troubles musculo-squelettiques [TMS], Karoshi au Japon), il existe des risques d'actes pulsionnels et plus particulièrement le suicide.

Bien sûr, cela met à mal la société de performance dans laquelle nous vivons, le culte de la productivité où tout est « marché ». Cette société se défend donc en ne pouvant reconnaître un défaut de carapace aux « performers » qui y œuvrent.

Ce BOS (*burn out syndrome*) toucherait plus souvent des individus dont le travail implique des interactions avec des personnes en souffrance comme les travailleurs du secteur de la santé et, par conséquent, les médecins et autres praticiens. Les plus vulnérables se retrouveraient parmi les plus consciencieux et motivés par leur travail [35].

Cet état, selon Freudenberger [36], serait causé par l'utilisation excessive de son énergie, de ses ressources.

Le burn out comporte plusieurs dimensions :

- un épuisement émotionnel, précédé d'un engagement excessif au travail et suivi de démotivation, d'effondrement, d'accablement ou de baisse d'énergie au travail ;
- une tendance à chosifier ses patients, les « dépersonnalisant » en perdant toute considération, d'empathie et d'intérêt pour eux, avec une déshumanisation de la relation à l'autre et une perte du sens du service et peut-être du sens de la vie ;
- une réduction de l'accomplissement personnel avec autoévaluation du soignant, sentiment d'incompétence et d'inutilité envers les patients. Sans estime pour son travail, il le néglige et se laisse aller à l'épuisement ;
- les facultés d'adaptation finissent par être dépassées et conduisent à des réactions défensives et des attitudes négatives (refus, pessimisme, rigidité, intolérance ou toute puissance) ;
- le conflit travail – vie personnelle serait aussi un des facteurs prédictifs de burn out, plus fréquemment observé chez les femmes ;
- de même, l'augmentation des contraintes administratives, l'exigence croissante des patients, les menaces judiciaires et la non-reconnaissance du travail accompli sont les principaux responsables de l'expansion de ce fléau social.

Comment améliorer ce problème ?

Il n'y a actuellement aucune prévention spécifique du burn out en milieu de santé et, facteur aggravant, les médecins ont du mal à consulter un confrère notamment pour des raisons psychologiques ou psychiatriques. Pourtant, des techniques de gestion du stress existent et devraient être mises en œuvre dans des programmes adaptés et systématiques [37].

La médecine du travail n'existe peu ou pas pour les praticiens hospitaliers et l'« omerta » sur le sujet, la peur d'être jugé incompétent, la culpabilité d'avoir failli à ses idéaux de service au public, aggravent la symptomatologie, en retardent la prise en compte et la prise en charge, nuisant ainsi à la qualité des soins qui devraient être dispensés.

Il faut donc en reconnaître les signes. Le test standardisé de Maslach (Le *Maslach Burnout Inventory* ou MBI), même s'il n'est pas validé dans toutes les situations [34, 38], permet d'évaluer le niveau d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation, et d'accomplissement personnel.

Des solutions existent

Il convient de définir au préalable la nature et les limites de la responsabilité médicale [37, 41].

Le lien entre les praticiens et la médecine du travail, avec un abord spécifique, une aide et un support psychologique adaptés, doit être clairement établi.

Il est essentiel de prévoir un enseignement sur les risques psychosociaux et une meilleure préparation des étudiants

en médecine à ce problème dès les premières années de formation.

Il convient donc également de traiter ce sujet lors de la « formation initiale » et en « développement professionnel continu » (DPC).

On doit donc instituer respectivement :

- la reconnaissance et la valorisation du travail accompli par une sensibilisation et une action des coordonnateurs et des chefs de service vis-à-vis des internes ;
- la reconnaissance comme maladie professionnelle, même si les enjeux financiers sont importants ;
- l’octroi de temps de repos obligatoires ;
- la réduction de la charge de travail administrative qui fait perdre souvent le sens de la pratique ;
- la diminution de la pression de la rentabilité, et du pouvoir des directions [38-41].

La prévention est aussi essentielle. On peut mettre en place un meilleur suivi des médecins par la médecine du travail ; actuellement à peine 40 % des médecins y sont suivis.

Les internes d’Île-de-France ont créé, en février 2015, leur propre réseau d’entraide, SOS SIHP, avec un véritable soutien de médecins seniors psychiatres, capables de les recevoir au cours d’une consultation anonyme et gratuite.

Il faut donc œuvrer en prévoyant des entretiens pour les internes avec les chefs de services ou les coordonnateurs qui, selon les enquêtes diverses, semblent bien souvent loin de ces problématiques (rapport IGAS sur l’HEGP, enquête SPS, enquête des internes).

Il faut également respecter les repos de sécurité après la garde, revaloriser la responsabilité des médecins ainsi que la reconnaissance de leur travail et réinstaurer des instants de communication. Nous sommes dans une société où l’on ne sait plus s’écouter ! [38, 39].

Qu’existe-t-il, aujourd’hui, pour répondre ?

À l’heure actuelle, les actions sont des initiatives de certains groupes professionnels et donc limitées. Il n’y a pas, malgré la volonté affichée des autorités de tutelles, ministère en tête, de programme clair de réponse. Le flou sur le syndrome du burn out mis en avant par l’Académie nationale de médecine n’est sûrement pas aidant.

On retrouve donc SOS SIHP, qui comme nous l’avons vu, permet depuis février 2015, aux internes en détresse morale, de consulter chaque jour de la semaine un interne en psychiatrie ou des médecins psychiatres bénévoles.

Le Collège français d’anesthésie-réanimation (CFAR) [40, 41] a mis en place depuis octobre 2013 pour les médecins et internes d’anesthésie-réanimation un numéro vert (0800 00 69 62) pour une écoute et un soutien psychologique 24/24 h.

De même, sur son site, la commission SMART (santé des médecins anesthésistes réanimateurs au travail) propose des autotests qui permettent une évaluation individuelle ou d’équipe pour estimer ses risques de burn out.

Il existe également deux autres numéros verts :

– ligne d’écoute pour les médecins libéraux : 0826 004 580

– Ligne à l’initiative du CNOM : 0810 00 33 33

Les dispositifs de soins et de surveillance existent dans de nombreux pays très en avance par rapport à la France, comme le programme des Catalans (PAIMM : Programme d’attention intégrale aux médecins malades), le programme d’aide aux médecins du Québec (PAMQ) ou d’autres dispositifs en Angleterre, Écosse, Italie.

Conclusion

En France, il n’existe que des balbutiements dans la reconnaissance en général du burn out et en particulier chez les médecins ou autres praticiens, ce qui entraîne un retard considérable dans les actions préventives et d’accompagnement. Cependant, certaines commissions régionales paritaires « explorent » le sujet des risques psychosociaux et la ministre de la Santé a demandé une réflexion à un groupe d’expert. On voit par ailleurs, sous la pression des professionnels de santé tout groupe confondu, apparaître la mise en place de comité vie hospitalière, sous-commission de la CME, malheureusement dans trop peu d’établissements. Quelle sera leur efficacité ? Seule l’évolution à long terme permettra de le dire.

Rappelons que l’intérêt tout juste récent du ministère de la Santé apparaît après une série de drames qui ont mis en émoi la communauté hospitalière mais qui peut sembler venir de la pression médiatique. Durera-t-il ?

Le rapport de l’IGAS sur les risques psychosociaux des personnels médicaux ne donne que des recommandations mais aucune obligation aux établissements hospitaliers [42]. Actuellement aucun programme national n’est encore prévu et, comme souvent, on en reste au stade des commissions. Il est urgent d’instaurer une organisation régionale et nationale.

Il est grand temps, au vu de la croissance importante des médecins en burn out, que des mesures soient mises en œuvre très rapidement pour apporter le soutien nécessaire au maintien de l’équilibre professionnel et personnel des médecins, et donc de la santé des patients ainsi que de la qualité des soins prodigués qui leur sont liés. La mise en place des groupements hospitaliers de territoire qui vont bousculer la pratique des médecins hospitaliers peut constituer un facteur d’aggravation supplémentaire de ces phénomènes.

Liens d’intérêts les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d’intérêt en rapport avec cet article.

Références

1. Olié JP, Légeron P (rapporteurs). *Le burn-out. Rapport de l’Académie nationale de médecine*. Le 16 février 2016. Paris : Académie nationale de médecine.

2. Paitel C. *Étude No Burn out, étude de la stabilité temporelle des composantes de l'échelle Malasch burn out inventory, à 4 mois, étude observationnelle descriptive d'une cohorte d'étudiants avec recueil prospectif*. [Thèse de médecine]. Poitiers : 2015.
3. *Le monde du* 26/02/2016.
4. Levy-Chavagnat D. Les pistes de prévention auprès des médecins : de l'étudiant au médecin chevronné. *European Psychiatry* 2013 ; 28 : 76-7.
5. *Quotidien du Médecin* du 20/11/2014.
6. Mazza C. Le suicide des professionnels de santé : jusqu'où ira-t-on ? *village justice.com* 2016 : 1-3.
7. Stoyanov DS, Hristozova S, Arabadziev Z, Tilov BG. Psychopathological dimensions of burn out syndrome: depression and anxiety correlates. *European Psychiatry* 2013 ; 28 : 1.
8. Gervais JB. burn out des médecins hospitaliers : le plan d'action de l'IGAS. *Medscape*. 20 janv 2017.
9. Volpe U. burn out in young psychiatrists: A specific risk ? *European Psychiatry* 2008 ; 23 : S33.
10. Douglas AM, Marco AR, Srijan S, et al. Prevalence of Depression and Depressive Symptoms Among Resident Physicians. A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA* 2015 ; 314 : 2373-83.
11. Rotenstein LS, Ramos MA, Torre M, et al. Prevalence of Depression, Depressive Symptoms, and Suicidal Ideation Among Medical Students. A Systematic Review and Meta-Analysis. *JAMA* 2016 ; 316 : 2214-36.
12. Blond M. Étude sur les difficultés actuelles du métier de psychiatre hospitalier français. De la flamme au burn out. *L'Information psychiatrique* 2016 ; 92 : 625-39.
13. Léopold Yves. *Les chiffres du suicide chez les médecins*. Rapport au Conseil national ordre des médecins. 2003 : 51.
14. Estryn-Behar M, Braudo MH, Fry C, Guetarni K. Enquête comparative sur le syndrome d'épuisement professionnel chez les psychiatres et les autres spécialistes des hôpitaux publics en France (enquête Sesmat). *L'Information psychiatrique* 2011 ; 87 : 95-117.
15. Kay M, et al. Developing a framework for understanding doctors' health access : a qualitative study of Australian GPs. *Aust J Prim Health* 2012 ; 18 : 158-65.
16. Truchot D. *Le burnout des médecins libéraux de Champagne-Ardenne*. Rapport de recherche pour l'URML Champagne-Ardenne ; 2002.
17. Harnic D, Cardella A, Mazza M, et al. burn out indexes in mental health services employees and satisfaction in patients with a diagnosis of bipolar disorder. *European Psychiatry* 2011 ; 26 : 214.
18. Medhaffar K, Feki I, Feki R, et al. Professional Exhaustion or « burn Out » Among Doctors in Training. *European Psychiatry* 2012 ; 30 : 1833.
19. Iniguez AB. Enquête édifiante du CNPS, un médecin sur deux se dit concerné par le burn out. *Quotidien du Médecin*, 18 janvier 2016, p. 4.
20. Léopold Yves. *Les chiffres du suicide chez les médecins*. Rapport au Conseil national de l'ordre des médecins, 2003.
21. Hawton K, Clements A, Simkin S, Malmberg A. Doctors who kill themselves : a study of the methods used for suicide. *QJM* 2000 ; 93 : 351-7.
22. Cohidon C, Rabet G, Caillet E, Imbernon E. Risque suicidaire et activité professionnelle. « Suicide et tentatives de suicide : état des lieux en France ». *Institut de veille sanitaire, Bulletin épidémiologique hebdomadaire* 2011 : 47-8.
23. Hawton K, Clements A, Sakarovitch C A, Simian S, Decks J. Suicide in doctors : a study of risk according to gender, seniority and specialty in medical practitioners in England and Wales (1979-1995). *J Epidemiol Community Health* 2001 ; 55 : 296-300.
24. Holtman MC. Disciplinary careers of drug-impaired physicians. *Social Science & Medicine* 2007 ; 64 : 543-53.
25. Freitas C, Abreu T, Queirós S. From Perfectionism to Mental Illness. *European Psychiatry* 2012 ; 30 : 1867.
26. Ptacek R, Kuzelová H, Celedova L, Cevela R. Stress and burnout syndrome in assessment doctors - national studio. *European Psychiatry* 2012 ; 27 : 1.
27. Rosser JC, et al. The Impact of Video Games on Training Surgeons in the 21st Century. *Arch Surg* 2007 ; 142 : 181-6.
28. Addiction au travail : ces signes qu'il ne faut pas prendre à la légère. *Challenges* 11.10.2015.
29. Pourquoi le burn out et la prise d'addictifs toxiques sont-ils à ce point intriqués ? *Le Miroir Social*, 09/10/2017.
30. Machado T, Desrumaux P, Dose E. L'addiction au travail : quels effets de la charge de travail, de la dissonance émotionnelle et du surinvestissement ? *Pratiques psychologiques* 2015 ; 21 : 105-20.
31. Virtanen M, Jokela M, Nyberg ST, et al. Long working hours and alcohol use : systematic review and meta-analysis of published studies and unpublished individual participant data. *BMJ* 2015 ; 350. doi: 10.1136/bmj.g7772.
32. « Suicide d'un infirmier à l'hôpital Georges-Pompidou à Paris ». *Le Monde.fr* avec AFP 06.02.2017.
33. « Suicide d'une infirmière à l'hôpital Cochin, le jour où les travailleurs hospitaliers manifestent à Paris ». *Huffington post*, 07/03/2017.
34. Jackson S, Leiter M, Maslach C. *Burnout Inventory Manual*. Palo Alto : Consulting Psychologists Press, 1996.
35. Balch CM, Freischlag JA, Shanafelt TD. Stress and burnout among surgeons: understanding and managing the syndrome and avoiding the adverse consequences. *Arch Surg* 2009 ; 144 : 371-6.
36. Freudenberger H, Richelson G. *Burnout : The High Cost of High Achievement*. New York : Bantam Books, 1981, p. 216.
37. Roessler W. Practical strategies to managing stress. *European Psychiatry* 2012 ; 27 : 1.
38. Galam Eric. Stress professionnel des médecins : comment y remédier ? *Revue du Praticien MG* 2005 ; 19.
39. Galam Eric. Le burn out des médecins libéraux. *Le Généraliste* 2007 ; 2400 : cahier central 1 à 4.
40. Mion G, Doppia MA, et al. Prise en charge de professionnels souffrant de burn out. *Prat anesth réanim* 2014 ; 18 : 193-200.
41. Bonnet F, Dureuil B. Prévenir le syndrome d'épuisement professionnel en anesthésie-réanimation. *Annales françaises d'anesthésie et de réanimation* 2011 ; 30 : 777-8.
42. Desailly-Chanson MA, Siahmed H, Elshoud S (IGAENR) IGAS. Rapport N°2016-083R : *Établissements de santé. Risques psychosociaux des personnels médicaux : recommandations pour une meilleure prise en charge. Mise en responsabilité médicale : recommandations pour une amélioration des pratiques*. Tome 1 & 2.